

Politika podpory zdraví na území obcí a měst z pohledu WHO

Liberec, 5.května 2005



MUDr. Alena Štefllová
WHO Liaison Office v České republice

Nadnárodní strategie zdravotní politiky

WHO – vytváří rámec pro zdravotní politiku i dílčí odborná doporučení - 3 základní oblasti:

- Komplexní programy zdravotní politiky
- Zdravý životní styl
- Poskytování preventivní, léčebné a ošetrovatelské péče

Koncepční programy WHO:

- Zdraví pro všechny do roku 2000 (Health for All)
- Zdraví 21 (Health 21)
„Zdraví 21 by mělo být zakomponováno do rozvoje zdravotní politiky každého členského státu a jeho principy by měly být přijaty hlavními Evropskými organizacemi.“

České varianty programů WHO

- Národní program obnovy a podpory zdraví (vl.usnes. č.247/1991)
- Střednědobá strategie (vl. usnesení č. 273/1992)
- Dlouhodobá strategie (přijata v r. 1995)
- Zdraví 21 - Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR (vládní usnesení č.1046/2002)
- Výběrová řízení na projekty k Národnímu programu zdraví
- Vyhodnocení programu

Jako úspěšně realizované lze vyhodnotit
Komunitní programy WHO a ustavení jejich národních sítí:

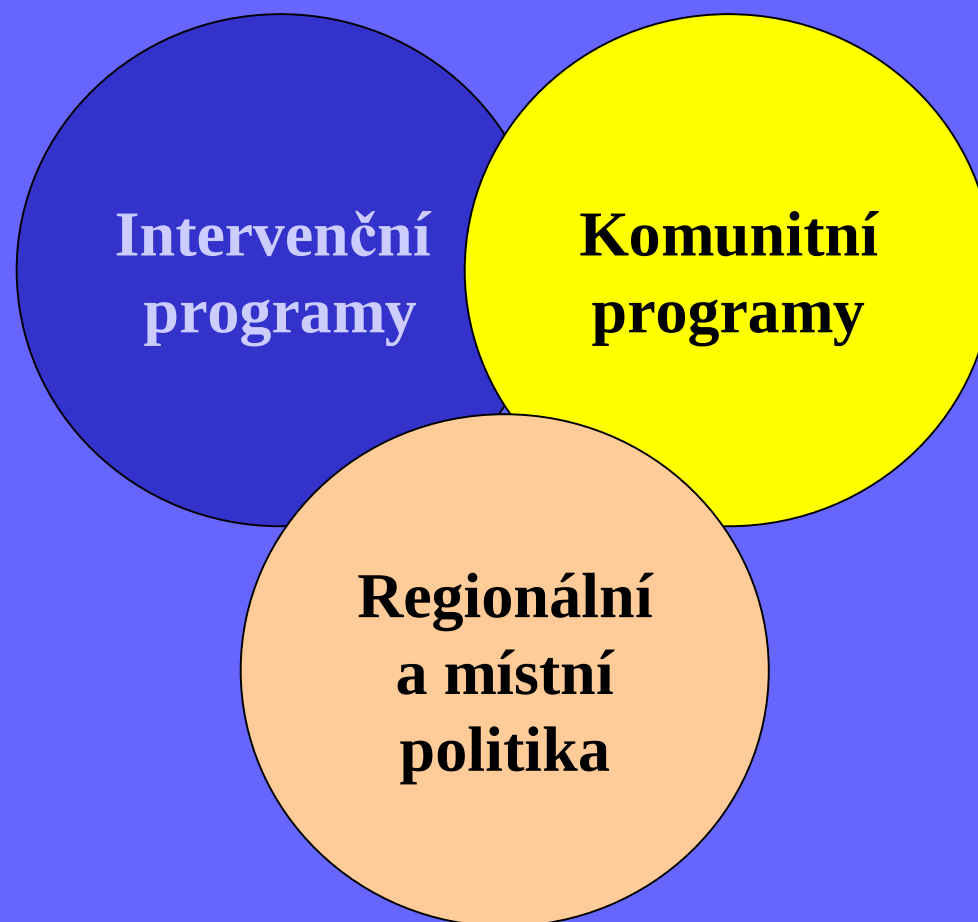
- Škola podporující zdraví
- Projekt Zdravé město
- Projekt podpory zdraví na pracovišti

Nové možnosti uplatnění Zdraví 21 - zapojení regionů

Komunitní projekty – další fáze, nové prvky,
rozšiřování, možnosti v rámci regionů:

- Zdravá města
- Zdravé školy, školky
- Podpora zdraví na pracovišti
- Bezpečná komunita, Bezpečná škola
- Komplexní preventivní projekty CINDI
- Zdravá nemocnice
- Síť „Regiony pro zdraví“

Propojení komunitních projektů a jejich aktivit: zkvalitnění postupů, zvýšení efektivity



BEZPEČNÁ KOMUNITA

- Projekt WHO od r. 1989 Spolupracující centrum WHO – Koordinátor Karolinska univerzita Stockholm (semináře)
- Cíl – snížení incidence a závažnosti úrazů a vytvoření sítě bezpečných komunit; samostatnou složkou projektu je řešení problematiky dětských úrazů
- od r.2000 systematicky řešen projekt v ČR – v provázanosti na Zdravá města:
 - první česká Bezpečná komunita Kroměříž – titul
 - 13. Mezinárodní konference Bezpečných komunit v Praze , červen 2004

Bezpečná obec

Projekt Ministerstva dopravy

Zaměření: prevence dopravních úrazů v obcích

Představen ministrem dopravy v únoru 2005

Využívá metodiky projektu WHO Bezpečná komunita

Smlouvy o spolupráci mezi WHO a členskými státy

Biennial Collaborative Agreement (BCA)

BCA mezi MZ a WHO/EURO:

- 24.února 2004 podepsána smlouva pro období 2004-2005

Východisko pro stanovení priorit ve smlouvě:
(na základě situační analýzy WHO)

- zaměření na koordinaci a propojení aktivit
- jejich implementace na regionální úrovni

Obsah smlouvy o spolupráci 2004-2005

Prioritní oblasti:

1. nepřenosné choroby – onkologická onemocnění
2. rizikový životní styl – začlenění podpory zdraví do regionálních plánů
3. tuberkulóza (screening rizikových skupin)
4. duševní zdraví (komunitní péče)
5. rozvoj lidských zdrojů
6. posílení funkce veřejného zdravotnictví v naléhavých a krizových situacích
7. úrazy – dopravní úrazy dětí, mezisektorová spolupráce

Prioritní oblast: Úrazy

Cíl: Posílení kapacity pro řešení úrazů v silničním provozu a úrazy dětí

- Přezkoumání politiky v oblasti prevence úrazů v silničním provozu a formulace doporučení na podporu mezisektorových přístupů

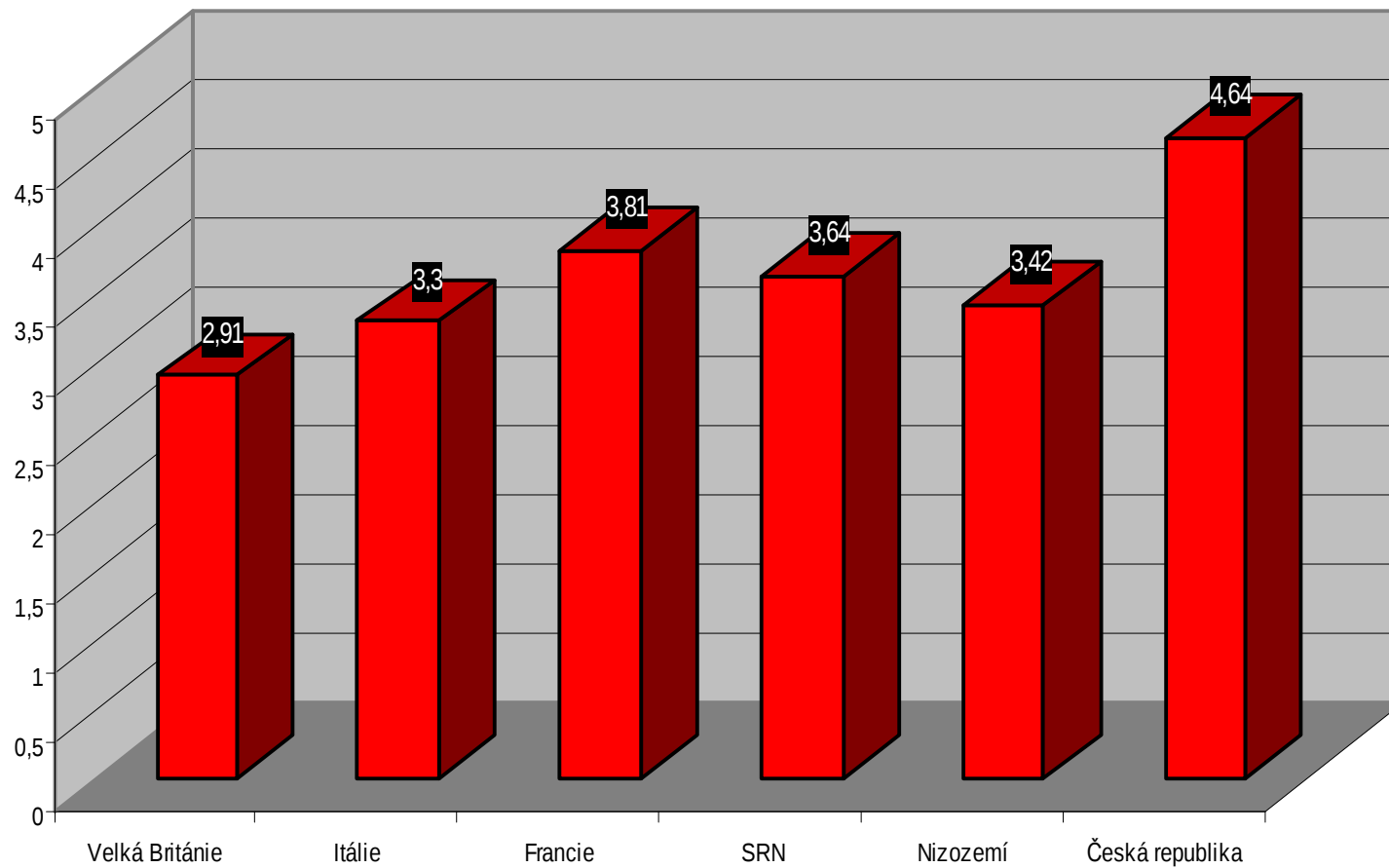
FAKTA WHO

Dopravní nehody – globální problém:

- 2. nejčastější příčina hospitalizace a úmrtí u mužů ve věku 14-44 let
- celosvětově 10. nejčastější příčina úmrtí, celkově zapříčiní 2,8 % úmrtí a trvalého postižení
- v roce 2000 zemřelo na světě v důsledku dopravních nehod 1,26 milionů osob
- úmrtnost mužů v důsledku dopravních nehod je celosvětově 3x vyšší než u žen

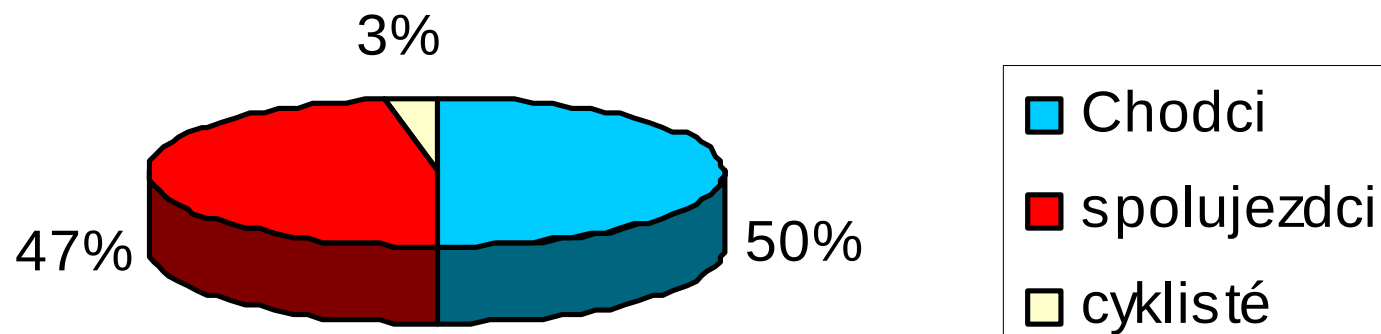
Report WHO k 7.4.2004

Míra usmrcení dětí ve věku 1 - 14 let na 100 000 dětí v důsledku dopravní nehody v některých státech



Statistika dopravních nehod dětí v ČR

Děti - usmrcení rok 2003



Meziresortní a mezioborová pracovní skupina projektu WHO

- Monitoring politik prevence dopravních úrazů dětí a formulace doporučení ke zvýšení mezisektorové spolupráce
- Zmapování a vyhodnocení existujících projektů a programů v oblasti prevence dětských dopravních úrazů na celostátní, regionální a místní úrovni

Činnost propojena s Meziresortní pracovní skupinou pro prevenci dětských úrazů MZ

Formy intervence

- Přímé (používání cyklistických přileb, používání retroreflexních prvků na oblečení, používání dětských zádržných systémů, kvalitní dopravní výchova, kampaně, zapojení dětí do projektů na místní úrovni, dozor policie nebo dobrovolníků na přechodech apod.)
- Nepřímé (úprava dopravního prostředí, výchova a postřih řidičů, legislativa)

Výchova a výcvik

- Musí odpovídat věku dítěte a jeho schopnostem, vhodné je přímé zapojení dítěte
- Být co nejblíže reálnému dopravnímu prostředí
- Nesmí být ponechána pouze na školských zařízeních; nezbytné je zapojení rodiny a výchova příkladem

Výchova a výcvik

„Výcvik v pouze umělém prostředí a formou soutěžení je pro chování dítěte v reálném silničním provozu kontraproduktivní“

výzkumná zpráva OECD, září 2002



Kampaně a projekty na místní úrovni

- Zaměřené na vybranou cílovou skupinu, koordinované s ostatními aktivitami a vyhodnocované:
- Audit u škol Bezpečné cesty do škol
- Zklidněné zóny Výstavba cyklistických stezek



Bezpečná cesty do školy

- Odpovídá nejvyšší dovolená rychlost na pozemní komunikaci před školou bezpečnosti dětí?
 - Je tato rychlost policií pravidelně kontrolována?
 - Jsou v blízkosti školy umístěny dopravně technické prvky snižující rychlost vozidel?
 - Je řidič dostatečně upozorněn na přítomnost školy v trase jeho jízdy?
 - Jsou přechody pro chodce před a v blízkosti školy umístěny v trase pochybu dětí a jsou dostatečně zabezpečeny?
 - Je zajištěn zákaz stání před školou a blízkosti výše zmíněných přechodů?
 - Je dostatečný prostor pro chodce (děti) před vchodem/východem do školy?
 - Je tento prostor oddělen od pozemní komunikace fyzickou zábranou, která brání dětem v vběhnutí do vozovky a nebrání jim ve výhledu na pozemní komunikaci?
 - Je odstraněna vzrostlá zeleň, bránící jak dětem, tak i řidičům ve výhledu?
 - Je zajištěno dostatečné poučení dětí a jejich rodičů o chování chodců v silničním provozu ze strany školy?
 - Je škola vybavena dostatkem materiálů pro toto poučení?
 - Je zajištěno dostatečné poučení dětí o chování chodců v silničním provozu ze strany jejich rodičů?
 - Je zajištěn dozor v exponovaných hodinách v blízkosti školy, a to buď ze strany policie nebo pověřených osob v smyslu zákona č. 361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů?
- Je tento dozor prováděn každý den, kdy je prováděna výuka ve škole?

Národní dny bez úrazů v roce 2005

Konání od 1. - 8. června 2005

- Společný seminář na MZ – 30.5.2005
ve spolupráci s ostatními resorty, institucemi a organizacemi
- Tisková konference
- Zaměření na prevenci dopravních úrazů dětí
- 3 společné kampaně:
 - Na kolo jen s přilbou
 - Bezpečná cesta do školy
 - Dětské zádržné systémy („pásovec“)

BCA smlouva – priorita č.2

Zaměření se na životní styl

Výstup:

Vybudování kapacitní podpory regionům při začlenění podpory zdraví populace do rozvojových plánů a aktivit

Nový pohled na oblast veřejného zdraví, podmíněnost rozvoje zdraví s ekonomickým a sociálním rozvojem

Nový koncept –investice do zdraví – posilování zdraví jinými cestami

Obsah smlouvy BCA 2002-2003

Realizace projektu:

Hodnocení politiky podpory zdraví a její infrastruktury v České republice

Koordinátor: Institut zdravotní politiky a ekonomiky

Hodnotící zpráva presentována v rámci parlamentního semináře

Kritické hodnocení:

- podpora zdraví delegována pouze na resort zdravotnictví*
- malá spoluúčast všech zainteresovaných partnerů*
- potenciál existuje v krajích*

INVESTICE DO ZDRAVÍ

Propojení zdraví populace se sociálním
a ekonomickým rozvojem regionů

Projekt Světové zdravotnické organizace

Evropský úřad pro investice do zdraví a rozvoj, Benátky

VYTVÁŘENÍ VAZEB

VZRŮSTAJÍCÍ POZNÁNÍ

VÝSLEDKY
PÉČE
O ZDRAVÍ



VÝSLEDKY
ROZVOJE

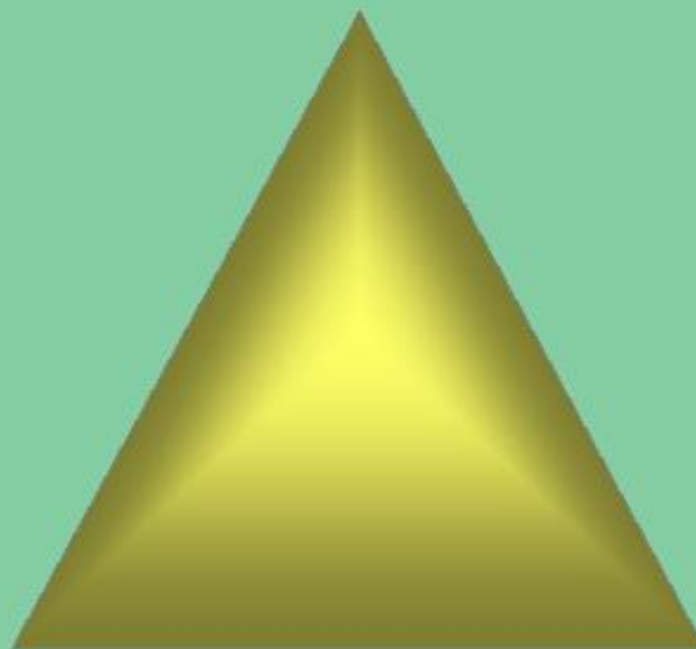
KLÍČOVÉ ZPRÁVY & DOKUMENTY

1996-2005

- Veronská iniciativa IFH
SZO/ EVROPSKÝ ÚŘAD, 1996-2000
- Územní zprávy
OECD, 2000-2004
- Souhrnná zpráva o makroekonomice a zdraví
SZO, 2000
- Nárok na dividendy z investic do zdraví
zpráva KINGS FUND, 2003
- ‘Zdraví je bohatství’
EU, 2004

Investiční trojúhelník

Rozvoj zdraví



Sociální
rozvoj

Ekonomický
rozvoj

ZDRAVÍ A PRODUKTIVITA PRÁCE

- *Vyšší kvalita zdraví přispívá k obecnému růstu.*
- *Dobrý zdravotní stav má pozitivní vliv na výdělek.*
- *Špatný zdravotní stav snižuje pracovní schopnosti a má výrazný vliv na výši příjmu, podílu na pracovní síle a možnosti volby zaměstnání.*
- *Zvýšení průměrné délky života o jeden rok zlepšuje produktivitu pracovní síly a zvyšuje produkci o 1%*
- *Zdraví je významnou formou lidského kapitálu a jako takové je přínosem pro produktivitu - významný argument pro zvýšené investice do zdraví mimo samotné přímé výnosy, které dobrý zdravotní stav sám o sobě přináší*
- *Zdravotnictví jako ekonomický nástroj*

ČINITELE OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ OBYVATELSTVA

- Sociální a ekonomické 30%
- Životní styl 40%
- Životní prostředí 10%
- Zdravotnické služby 10%
- Genetické dispozice 10%

- *N.B. Uvedená čísla jsou souhrnným výsledkem různých národních studií.*

ROZVOJOVÝ PROGRAM REGIONÁLNÍ INVESTICE DO ZDRAVÍ

CÍL:

Analýza a podpora praktické realizace programu Investice do zdraví (Investment for Health) v českých krajích

Cestou pilotního projektu ve vybraných krajích

PARTNEŘI

- Ministerstvo zdravotnictví ČR
- Ministerstvo pro místní rozvoj ČR
- Asociace krajů ČR
- WHO/ Evropský úřad pro investice pro zdraví a rozvoj
- WHO/ Regionální investice do vzdělávací sítě pro zdravotní politiku (Health Policy Learning Network)
- Institut zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE)
- Kancelář WHO v ČR
- Zastupitelstva a úřady vybraných krajů

PARTNEŘI V KRAJI

- volení zástupci
- krajský úřad
- rozvojová agentura

Odvětví

- regionální rozvoj
- zdravotnictví a sociální věci
- školství

Výběr krajů pro realizaci projektu - kritéria

- Regionální rozvoj – regionální plánování
- Kraj není součástí projektu Regiony pro zdraví (Ústecký kraj, MS)
- Vybrané ukazatele zdravotního stavu (stř.délka života, mortalita, diabetes, kojenecká úmrtnost, úmrtnost dětí do 4 let) – JČ, OL, LB
- Socioekonomický status (zaměstnanost, podíl dlouhodobě nezaměstnaných, průměrná mzda, vzdělání, rozvodovost) - KV, OL, ZL
- Reprezentativita kraje z hlediska geografických a demografických ukazatelů – (Praha, Stř.kraj)
- Dosavadní investice do zdraví (granty, NPZ) – KV, KH, PL, JČ

Rozhodující kritérium

- Politická vůle
 - zájem představitelů krajské samosprávy o realizaci projektu
 - dosavadní aktivity pro zlepšení zdraví obyvatel kraje

Realizace pilotního projektu

- **Vybrané regiony ČR:**

Jihočeský kraj

Jihomoravský kraj

Liberecký kraj

Regionální workshop 9-10.května 2005, Praha

Další oblasti spolupráce s WHO

- Rámcová úmluva o kontrole tabáku (FCTC)
- Akční plán proti alkoholu
- Strategie proti AIDS
- Strategie životní prostředí a zdraví dětí
- Globální strategie zaměřená na výživu, fyzickou aktivitu a zdraví
- Deklarace o duševním zdraví pro Evropu

*Make every mother
and child count*



World Health Day

► 7 April 2005

Kancelář WHO v ČR

- Zastoupení

MUDr. Alena Štefllová – LO

Mgr. Pavla Kortusová - AA

U.N. HOUSE, Nám. Kinských 6, 150 00 Praha 5

Tel.: 257199881 Fax: 257328 966

E-mail : wholocz@who.cz

- Informace o WHO

www.who.int.

www.who.dk

www.who.cz